

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT # 216 EMERGENCY HEALTH AND MEDICAL CARD 2022-2023

Student's Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____ Grade: _____ Sex: _____ Age: _____ DOB: _____ ID#: _____

Parent/Guardian gives permission to receive these at school:

	Yes	No	Cough Drops	Yes	No	Anti-itch Ointment/Lotion	Yes	No
Tylenol (650 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen (400 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emergency Benadryl (25 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Over-the-counter medications may be administered up to one hour before dismissal to ensure that no allergic reaction takes place.

Condition	Medical Conditions		Condition		Explain
	Yes	No	Yes	No	
Allergy (Medication)			Hearing (Loss)		
Allergy (Food)			Heart		
Allergy (Seasonal)			Hepatic & Biliary (Hepatitis)		
Anorexia/Bulimia			Hypertension		
Arthritis/Rheumatic Disease			Integumentary (Skin)		
Asthma (Carry Inhaler)			Malignancies (Cancer)		
ADD/ADHD			Neuro (Migraine Headaches)		
Autism, Childhood			Orthopedic		
Birth Defects/Developmental			Pregnancy		
Bleeding Disorders			Psychiatric-Depression, Bipolar		
Coccidioidomycosis-Valley Fever			Scoliosis		
Connective Tissue Disorder			Seizures Disorder		
Diabetes			Sickle Cell		
Endocrine Disorders			Tuberculosis		
Genitourinary (Kidney, Urinary)			Varicella (Had Chicken Pox)		
Gastrointestinal (Stomach)			Vision (Glasses, Contact lenses)		
Gynecological			Whooping Cough		
Other Conditions			Medications		

Physician: _____ Phone: _____ Hospital Preference: _____

I understand that Agua Fria Union HS District #216 does not provide accident medical/dental coverage for students for injuries/illness occurring at school. Initial at all X's _____

I understand that if my child needs medication or other health services at school, I must make arrangements with the school health office. _____

I understand that I am financially responsible for any medical, dental, ambulance, or other health care expenses or transportation of my child home, which might occur as a result of such illness or injury. _____

I understand that it is my responsibility to notify the school in writing of any changes to the above information. _____

If student is unable to remain at school, the parent/guardian will pick up the student or gives the school permission to release the student to the emergency contact. If parent/guardian cannot be reached, authorization is hereby given to any hospital or medical professional to render immediate aid as might be required at the time for the student's health and safety. It is understood the expense of this service would be accepted by the parent/guardian

Parent/Guardian Name (PRINT): _____ Parent/Guardian Signature: _____ Phone: _____ Date: _____

AGUA FRIA UNION HIGH SCHOOL DISTRICT # 216

TARJETA MÉDICA DE EMERGENCIA Y SALUD 2022-2023

Apellido del estudiante:	Nombre:	Grado:	Sexo: Hombre Mujer	Edad:	Fecha nacimiento	ID#:
--------------------------	---------	--------	----------------------------	-------	------------------	------

Padres/tutor da permiso para recibir estas medicaciones en la escuela: (Por favor marque Si o No

Tylenol (650 mg)	Si	No	Pastillas para tos	Si	No	Crema/Loción para el picor	Si	No
Ibuprofeno (400 mg)	Si	No	Antiácidos (1000 mg)	Si	No	Pomada antibiótico	Si	No
Benadryl de Urgencia (25 mg)	Si	No	Aerosol para la garganta	Si	No	Anbesol	Si	No

Medicaciones sin receta se pueden administrar hasta una hora antes de finalizar la escuela para asegurar que no haya una reacción alérgica.

Condiciones Médicas

Condition	Si	No	Explicación	Si	No	Explicación
Alergia (Medicación)			Pérdida de oído			
Alergia (Alimentos)			Corazón			
Alergia (de temporada)			Hepático & Biliar (Hepatitis)			
Anorexia/Bulimia			Hipertensión			
Artritis/Enfermedad Reumática			Integumentario (Piel)			
Asma (Lleva inhalador)			Tumores Malignos (Cáncer)			
ADD/ADHD			Neurológico (Migrañas)			
Autismo, Niñez			Ortopédico			
Defectos Congénitos/Desarrollo			Embarazo			
Trastornos de Coagulación			Psiquiátrico-Depresión, Bipolar			
Coccidiomycosis/Fiebre del valle			Escoliosis			
Enfermedad de Tejido Conectivo			Trastornos Convulsivos			
Diabétes			Anemia Células Falciformes			
Enfermedades Endocrinas			Tuberculosis			
Genitourinario (Riñon, Urinario)			Varicela (Tuvo Varicela)			
Gastrointestinal (Estómago)			Vista (Gafas, Lentes de Contacto)			
Ginecológico			Tos Ferina			
Otras Enfermedades			Medicamentos			

Entiendo que el Distrito de Agua Fria Union HS #216 no proporciona a los estudiantes con seguros médico/dental para lesiones/enfermedades que ocurran en la escuela. Iniciales: X _____

Entiendo que si mi hijo/a necesita medicación u otro servicio de salud, debo hacer arreglos con la oficina de salud de la escuela. X _____

Entiendo que soy responsable de cualquier gasto financiero médico, dental, ambulancia o cualquier otro gasto médico o transporte de mi hijo/a a casa, que pudiese ocurrir debido a una enfermedad o lesión X _____

Entiendo que es mi responsabilidad avisar a la escuela por escrito de cualquier cambio de la información arriba indicada. X _____

Si el estudiante no puede permanecer en la escuela, el padre/tutor recogerá al estudiante a la escuela para que se pueda ir con el contacto de emergencia. Si la escuela no se puede comunicar con el padre o tutor, se autoriza por medio de este documento, a cualquier hospital o profesional médico a que proporcione la ayuda médica necesaria para asegurar el bienestar y salud del estudiante. Se entiende que los cargos por este servicio serán aceptados por el padre/tutor.

Padres/Tutor Legal (IMPRIMA) _____ Firma de los Padres/Tutor _____ Teléfono # _____ Fecha _____